FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1963

N° 91

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

ALAIN D'AUZAC DE LAMARTINIE

né le 7 Juillet 1934 à Neuilly-sur-Seine

Présentée et soutenue publiquement le 8 Février 1963

DE LA POSITION DU MALADE AU COURS DES LAPAROSCOPIES

Président : Monsieur G. BROUET, Professeur

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MA FILLE

A TOUS CEUX

qui m'ont permis de mener à leur terme

mes études médicales.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549214_0028

A notre Beau-Père

Monsieur le Docteur A. FOURES

Il a inspiré le sujet de cette thèse et nous a guidé tout au long de ce travail.

Qu'il veuille bien trouver, ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A notre Bien-Père

Monsieur le Docteur A. TOURES

Il a inspiré le sujet de cette thèse et
nous a guidé tout au long de ce travail.

Qu'il veuille bien trouver, ici l'expression
de notre profonde reconnaissance.

A notre Maître

Monsieur le Professeur G. BROUET

Il a bien voulu

nous faire le grand honneur de présider cette thèse.

Qu'il trouve ici,

l' expression de notre très respectueuse reconnaissance.

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

A nos Maîtres des Hôpitaux de PARIS,

Monsieur le Docteur H-P KLOTZ

Monsieur le Professeur R. JUDET

Monsieur le Docteur P. BERARD

Monsieur le Professeur G. BROUET

En témoignage de notre respectueuse reconnaissance et de notre infinie gratitude pour leur enseignement.

Ils nous ont appris la grandeur de notre métier.

A nos Conférenciers d' Externat,

Le Docteur A. GORINS

Le Docteur Ph. VERLIAC

Le Docteur J.C. HESSE

qui nous ont donné notre formation de base.

A nos Maîtres des Hôpitaux de PARIS,

Monsieur le Docteur H-P KLOTZ

Monsieur le Professeur R. JUDET

Monsieur le Docteur P. BERARD

Monsieur le Professeur G. BROUET

En témoignage de notre respectueuse
reconnaissance et de notre infinie gratitude
pour leur enseignement.
Ils nous ont appris la grandeur de
notre métier.

A nos Confrères des Hôpitaux d'Internat,

Le Docteur A. GORINE

Le Docteur Th. VENILAC

Le Docteur J.C. PRESSE

qui nous ont donné notre formation de base.

A notre Maître

Monsieur le Docteur J.M. LE BOZEC

Son enseignement,
au cours de notre année d'internat dans son service de l'Hôpital de CONSTANTINE, nous a été particulièrement précieux.

Nous regrettons que notre séjour près de lui ait été de trop courte durée.

Qu'il veuille trouver ici le témoignage de notre admiration et de notre reconnaissance.

A tous mes collègues et amis de

l' Hôpital de CONSTANTINE

En souvenir d'un temps, hélas passé.

1-2-1963

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Léon **BINET.**
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR . . . . . Gaston **CORDIER**
2e ASSESSEUR . . . . . Paul **CASTAIGNE**

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) **Professeurs titulaires :**

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.) SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.) GARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.) DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Biochimie médicale	DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Cliniques chirurgicales — Cochin	LEGER (L.)
Cliniques chirurgicales — Cochin	ABOULKER (P.)
Cliniques chirurgicales — Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales — Pitié	CORDIER (G.)
Cliniques chirurgicales — Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Cliniques chirurgicales — Salpêtrière	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales — Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales — Boucicaut	MILLIEZ (P.)
Cliniques médicales — Broussais	LENÈGRE (J.)
Cliniques médicales — Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales — Cochin	BROUET (G.)
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Cliniques médicales — Lariboisière	SÈZE (S. de)
Cliniques médicales — Pitié	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
Médecine	LHERMITTE (F.)
Médecine	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.) pr. s. ch.
Anatomie pathologique	CAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) pr. s. ch. CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAGLIONI Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) Pr. s. ch. DUPONT (V.)
Médecine légale	FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Neurologie	LAPRESLE (J.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) Pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (B.) MACREL (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DEJOURS (P.) pr. s. ch. DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) COUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch. GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)

	MM.
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.) pr. s. ch.
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)

	MM.
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque .
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs . . . . . Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Bibliothécaire . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),
Mlle LAURENT (H.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DE LA POSITION

DU MALADE AU COURS

DES LAPAROSCOPIES

I N T R O D U C T I O N

Dès 1913, un Français, le Docteur RENON, suivant les traces de KELLING et de JACOBEUS, pratiquait pour la première fois l'endoscopie péritonéale dans notre pays.

Après les années de guerre, JACOBEUS a fait, en France, ses premières démonstrations de section de brides pleurales sous contrôle endoscopique.

Les phtisiologues furent enthousiasmés par cette nouvelle méthode de traitement qui supprimait la principale cause d'échec des pneumothorax.

Par contre, la Laparoscopie n'a pas obtenu beaucoup de faveur auprès des gastro-entérologues de cette époque. Ils estimaient les renseignements fournis trop peu importants pour justifier les risques courus par le patient.

Depuis quelques années, les progrès de la technique et de l'instrumentation ont augmenté sensiblement le nombre et la qualité des renseignements fournis alors que l'acte opératoire diminuait d'importance. La Laparoscopie, aujourd'hui admise par tous, est devenue un examen de pratique courante mais, elle n'a pas encore atteint les limites de ses possibilités. Elle peut et doit étendre son domaine d'exploration ; des organes considérés, actuellement, comme inaccessibles pourront être atteints et étudiés directement.

Parmi les éléments susceptibles d'améliorer cette méthode d'exploration, il nous a paru que la position du malade et ses modifications au cours de l'examen pouvaient être un sujet d'étude aux résultats féconds.

Nous espérons, par ce travail, attirer l'attention sur ce sujet en apparence secondaire. Si ce simple but était atteint, nous serions fiers d'avoir apporté notre modeste contribution à l'étude de ce mode d'examen si séduisant de principe et si riche de possibilités.

-o-o-o-

C H A P I T R E I

INTERET DES CHANGEMENTS DE POSITION

ET

QUELQUES POINTS PARTICULIERS DE TECHNIQUE

INTERET DES CHANGEMENTS DE POSITION EN COURS D'EXAMEN

Un simple regard au travers du système optique permet, parfois, d'établir le diagnostic mais, dans la majorité des cas, l'opérateur ne peut se faire une opinion sans une recherche longue et minutieuse.

Qui dit examen long et minutieux dit aussi examen, sinon douloureux, tout au moins pénible, d'autant plus pénible que la position du patient sera moins confortable.

Un examen laparoscopique fait dans de mauvaises conditions matérielles, sur un malade qui souffre, par un opérateur obligé de prendre des positions plus ou moins instables, sera pratiquement toujours écourté et les résultats pourront en être faussés.

Ce serait déjà une raison suffisante pour attirer l'attention des opérateurs sur la position à donner à leur malade ; celle-ci doit être choisie avec le souci de conserver le maximum de confort, mais ce n'est pas la seule. Du choix de la position dépend, avant tout, l'étendue du champ d'exploration ; en outre la position la plus favorable est différente suivant l'organe à examiner et le malade doit être déplacé en cours d'examen.

Si le choix de la position du malade dépend, avant tout, de l'organe à examiner, il devrait en être de même du choix de la porte d'entrée de l'instrument mais, alors que la position du malade peut varier en cours d'examen, l'emplacement du trocart est fixe.

Le choix de la porte d'entrée est un compromis entre les nécessités des différentes régions à examiner ; ce sera le rôle des déplacements du malade, de corriger, en cours d'examen, les défauts de ce choix. Il faudra modifier la position de telle sorte que les organes à examiner viennent spontanément se placer dans une position favorable à l'examen.

En pratique, au début de l'examen, le malade est en position horizontale et dorsale ; ensuite, suivant les nécessités, il sera tourné d'un côté ou de l'autre, basculé vers l'avant ou vers l'arrière.

Les diverses positions du malade seront donc étudiées successivement pour chaque organe en supposant la porte d'entrée de l'instrument dans la région ombilicale, c'est-à-dire à une place où elle permet un examen général de toute la cavité abdominale. Cette étude suppose également l'absence d'anomalie pathologique importante surtout en ce qui concerne le volume des organes.

Il est bien évident que l'examen d'un kyste du rein droit refoulant le foie, ne nécessite pas le décubitus latéral préconisé pour celui d'un rein normal.

Il ne semble pas, jusqu'à ce jour, que les opérateurs aient attaché suffisamment d'importance aux modifications de position en cours d'examen. Certains ont préconisé des tables basculantes étudiées pour faciliter les mouvements latéraux (rotation autour de l'axe longitudinal) mais, même avec une fixation solide du malade, ces tables ne permettent que des mouvements très limités et, de ce fait, de peu d'intérêt ; en outre, le malade est placé dans une position instable et pénible qui ne facilite pas l'examen.

Depuis plusieurs années, le Docteur FOURES qui nous a inspiré ce travail n'utilise plus les déplacements par rotation de la

table autour de son axe longitudinal et préfère demander au malade de se placer, lui-même, dans la position jugée la meilleure, la table restant horizontale. Ceci permet des déplacements de plus grande amplitude, les examens en décubitus latéral droit ou gauche, et quelquefois, même, en position légèrement ventrale, deviennent ainsi possibles.

Par contre, les mouvements de bascule de la table vers l'avant ou l'arrière sont souvent utiles, en particulier pour l'examen des organes pelviens.

Ces quelques considérations ont déjà tracé notre plan de travail : étudier le matériel et les quelques points de technique permettant d'opérer dans des conditions confortables aussi bien pour le malade que pour l'opérateur ; décrire les positions les plus favorables pour l'examen des différents organes abdominaux. Quelques observations typiques montreront les résultats obtenus avec les positions préconisées ; certaines seront accompagnées du témoignage photographique.

-o-o-o-

MATERIEL

Une laparoscopie est possible même dans des conditions matérielles très simplifiées, par exemple sur un lit au domicile du malade; si un examen fait dans ces conditions peut se justifier par des circonstances exceptionnelles, il sera forcément incomplet et doit rester une exception.

En pratique une laparoscopie doit toujours être faite dans une salle spécialement prévue pour ce genre d'examen. Pour certaines endoscopies, l'obscurité n'a qu'une importance relative mais, pour les laparoscopies elle doit être complète afin que l'opérateur bénéficie des meilleures conditions de visibilité, en particulier dans l'appréciation des couleurs.

Les dimensions de la salle et sa disposition devront permettre les déplacements faciles autour de la table ; celle-ci sera à hauteur variable et prévue pour permettre une position en Trendelenburg avec inclinaison à 45° ; elle sera articulée au niveau des genoux afin que le malade basculé en arrière soit retenu par ses jambes pliées ; ceci lui donne une impression de sécurité et de stabilité qui diminue son appréhension. La table doit pouvoir aussi être basculée en avant.

Le malade sera allongé sur une bonne épaisseur de caoutchouc mousse avec un oreiller sous la tête ; des sacs de sable seront prévus pour caler les épaules et les hanches lorsqu'une position en décubitus latéral sera nécessaire.

En cours d'examen, le malade doit pouvoir se placer, lui-même,

sur un côté ou sur l'autre, d'où la nécessité d'une anesthésie locale et l'intérêt d'un instrument de petit diamètre.

En dehors de leurs qualités optiques, les meilleurs laparoscopes sont ceux dont la facilité de manoeuvre permet les mouvements du malade et donne le champ d'exploration le plus vaste.

Les laparoscopes à vision en bout avec système d'éclairage indépendant de l'optique et dont la tige porte-lampe peut jouer le rôle d'écarteur ou de palpeur, semblent remplir le mieux les conditions exigées. Il en existe un modèle qui passe au travers d'une canule de 5 mm. de diamètre ; l'acte opératoire est, de ce fait, réduit au minimum et devient parfaitement indolore sous simple anesthésie locale.

En reculant l'optique par rapport à la lampe, la tige qui supporte celle-ci apparaît dans le champ visuel et les manoeuvres suivantes, citées à titre d'exemples, deviennent alors possibles :

a) Ecarter l'épiploon recouvrant un lobe hépatique ou la rate, palper un organe pour juger de sa consistance ou même de sa sensibilité.
b) Modifier l'éclairage par déplacement de la lampe par rapport à l'organe examiné : éclairage latéral accentuant les reliefs, éclairage postérieur pour juger de la translucidité, éclairage puissant par rapprochement de la lampe sans déplacer l'optique.
c) Traiter par compression un saignement consécutif à une ponction-biopsie.
d) Soulever un lobe hépatique pour voir sa face inférieure, etc...

Ces possibilités ont reculé considérablement les limites d'exploration des laparoscopies mais, pour en retirer le maximum de profits, le malade doit être placé pour l'examen de chaque région dans la position la plus favorable. Il est pratiquement impossible

de soulever un lobe droit pour atteindre le rein sous-jacent si le malade est laissé en position dorsale, alors que l'examen de cet organe est facile en décubitus latéral gauche.

-o-o-o-

A N E S T H E S I E

MISE EN PLACE DU LAPAROSCOPE

L'obligation pour le malade de se placer, lui-même, dans la position jugée la meilleure, rend impossible l'anesthésie générale, qui sera réservée à des cas exceptionnels, pour les enfants par exemple.

Après anesthésie de la peau par intradermique, celle du feuillet péritonéal sera faite avec la précaution d'enfoncer l'aiguille en poussant, en même temps, l'anesthésique ; ceci permet une bonne diffusion du liquide entre le péritoine et l'aponévrose musculaire, condition nécessaire pour une bonne anesthésie.

Le fait de pousser le liquide en même temps que l'aiguille offre un autre avantage : le jet de liquide joue un rôle de parechoc, en refoulant les organes qui se trouvent sur le trajet de l'aiguille ; la blessure d'une anse intestinale devient ainsi, pratiquement impossible.

Il faut profiter du temps de l'anesthésie pour vérifier par aspiration à la seringue la liberté de la cavité péritonéale. Si l'aspiration ne ramène pas d'air, il ne faut pas en conclure aussitôt à l'existence d'adhérences à l'emplacement choisi. En effet, l'air injecté se place souvent dans la région sous-diaphragmatique en laissant l'épiploon ou les anses intestinales au contact de la paroi abdominale ; dans ce cas, il suffit de basculer légèrement le malade en arrière et, aussitôt, l'air se rassemble dans la région

ombilicale rendant facile le repérage de la cavité péritonéale.

Le trocart sera mis en place dans cette position et celle-ci ne sera modifiée que par la suite selon les besoins de l'examen.

La région la plus favorable pour la mise en place du trocart n'est pas toujours la région ombilicale. Un très gros foie peut rendre préférable la région iliaque gauche ; dans ce cas, une légère rotation du malade vers la droite éloigne le bord du foie et facilite la mise en place du trocart ainsi que l'examen lui-même.

Les cas pathologiques pour lesquels un changement de position peut faciliter la mise en place de l'instrument sont trop nombreux pour être tous envisagés mais, il faut penser à cette possibilité dans tous les cas de masse abdominale importante.

-o-o-o-

C H A P I T R E II

POSITION LA PLUS FAVORABLE

POUR L'ETUDE DE CHACUN DES ORGANES ABDOMINAUX

F O I E

Le foie est en général un organe facile à atteindre quoique souvent il ne soit visible que partiellement. Il arrive que l'épiploon, en raison de son volume ou parce qu'il flotte sur du liquide d'ascite, recouvre complètement les deux lobes hépatiques ainsi cachés à la vue.

Pour écarter l'épiploon au moyen de la tige porte-lampe, il est quelquefois nécessaire de basculer légèrement le malade vers les pieds ; l'épiploon entraîné par son poids est plus facile à déplacer et s'il y a du liquide d'ascite, celui-ci descend vers le bassin.

Pour obtenir un meilleur accès sur la face inférieure du foie, certains ont préconisé de basculer le malade en arrière ; cette manoeuvre ne peut avoir d'effet favorable que dans des cas exceptionnels de gros foies rigides basculant en avant au cours du déplacement du malade ; dans la majorité des cas, cette position entraîne un glissement des anses intestinales et de l'estomac vers la loge diaphragmatique qui est loin de faciliter l'examen.

Seuls, les déplacements latéraux ont une réelle valeur pour augmenter le champ d'exploration et permettre un examen plus complet.

Au cours de nos descriptions, nous supposons le foie peu modifié dans ses dimensions ou sa consistance ; il est évident que s'il est énorme, fibreux, cirrhotique, il ne se prête à aucune manoeuvre tendant à le déplacer ou à le soulever.

Du gros foie immobile au foie normal facile à examiner dans

sa presque totalité, tous les intermédiaires existent ; il est intéressant de remarquer que c'est justement dans les cas où l'examen complet est le plus utile qu'il y a le plus de chances pour que les manoeuvres nécessaires soient possibles.

Le malade en position dorsale, la face supérieure du lobe gauche est, en général, bien visible ; il en est de même de son bord antérieur. Les difficultés surviennent dès que l'on désire examiner le bord externe et la face inférieure surtout dans sa partie postérieure. En plaçant le malade en décubitus latéral droit, le lobe gauche s'abaisse et devient vertical ; sa face antérieure est moins visible mais, par contre, son bord externe devenu supérieur est très facile à suivre jusqu'à l'aileron gauche ; quant à la face inférieure, il suffit d'écarter le lobe de la poche à air gastrique pour l'examiner, pratiquement en totalité.

Alors qu'en position dorsale, il fallait soulever le lobe gauche pour voir sa face inférieure, en décubitus latéral droit, il suffit de l'écarter, manoeuvre plus aisée.

En décubitus latéral gauche, le lobe droit se comporte comme le gauche dans la position précédente, mais il est plus volumineux, plus épais et plus difficile à bouger. Déjà en décubitus dorsal, la presque totalité de sa face supérieure a pu être examinée ainsi que la face inférieure de son angle interne jusqu'au lit vésiculaire ; en décubitus latéral gauche le bord externe devient accessible mais pas toujours jusqu'à l'aileron droit plus postérieur que le gauche et plus difficile à atteindre.

La partie externe du lobe droit devenue supérieure en décubitus latéral, sera écartée facilement de la paroi postérieure. Sa

face inférieure devient explorable mais moins complètement que celle du gauche ; une zone postéro-interne correspondant à la partie la plus épaisse du lobe reste en général inaccessible ; pour pousser l'examen le plus loin possible, il faut glisser la tige porte-lampe entre le foie et la face antérieure du rein droit bien reconnaissable, puis essayer de repousser au maximum le lobe vers la paroi antérieure.

Grâce aux avantages combinés de la tige porte-lampe utilisée comme écarteur et des variations de position du malade, il est ainsi possible d'examiner les trois-quarts de la surface hépatique à condition, bien entendu, que les manoeuvres indiquées soient possibles. Il serait vain de vouloir examiner la face inférieure d'un foie hypertrophique ne pouvant être ni soulevé ni déplacé comme cela a déjà été dit ; cependant, même dans ce cas, le décubitus latéral peut permettre un examen plus complet en particulier lorsqu'il existe du liquide d'ascite.

Les foies atrophiques peuvent aussi bénéficier d'un changement de position : bascule du malade vers les pieds pour abaisser la totalité des organes et rapprocher le foie de l'optique, rotation vers la gauche pour faire émerger un lobe droit recouvert de liquide d'ascite et qui devient d'accès facile en décubitus latéral, etc...

-o-o-o-

V E S I C U L E

Une vésicule normale, chez un malade en position dorsale, est presque toujours accessible sinon spontanément, tout au moins en soulevant l'angle interne du lobe droit ou en écartant l'épiploon ; il n'en est pas de même à l'état pathologique où, même volumineuse, elle peut parfois être difficile à trouver et impossible à examiner en détail.

Une hypertrophie ou simplement une ptôse hépatique déplacent généralement la vésicule vers la droite ; si celle-ci est volumineuse, son poids suffit parfois à l'appliquer contre la paroi latérale ; dans cette position, elle est souvent cachée par l'épiploon ou les anses intestinales et même, si elle est partiellement visible, son examen détaillé est difficile.

Il suffit de demander au malade de se tourner légèrement vers la gauche pour que la vésicule se déplace en donnant l'impression de tomber sur le laparoscope ; de latérale et peu accessible, elle devient médiane et facile à examiner sur toutes ses faces.

Une vésicule en position oblique ne débordant pas le bord du foie bénéficie également du décubitus latéral qui la remet dans une position normale et rend son fond spontanément visible.

En principe, toutes les vésicules, qu'elles soient petites et cachées sous le lobe ou qu'elles soient spontanément visibles, sont d'un examen plus facile en position oblique vers la gauche ; elles sont ainsi plus médianes et leur face latérale externe peut être atteinte.

Chaque fois que l'état du malade nécessite un examen détaillé de la vésicule, même si celle-ci est spontanément visible, il faut toujours demander au malade de se tourner plus ou moins vers la gauche et terminer l'examen dans cette position ; la vésicule sera vue sous un aspect différent qui apportera parfois des renseignements imprévus.

S'il s'agit d'une vésicule vide flasque, le décubitus latéral facilite l'exploration de la face inférieure du lobe ; il aide à la recherche du lit vésiculaire et permet l'examen de la vésicule même très petite.

Quelle que soit la position choisie, une vésicule noyée dans un paquet d'adhérences reste, bien entendu, inaccessible. Si la palpation avec l'instrument permet de sentir, au travers des adhérences, une masse dure sans qu'il soit possible d'en préciser la nature, il faudra, en décubitus latéral, étudier les faces latérale et postérieure de cette masse afin de mieux apprécier sa forme, son volume et obtenir des renseignements sur sa localisation. Il sera ainsi souvent possible de préciser son origine, vésiculaire, colique ou autre et parfois, s'il s'agit d'une néoplasie, quelques bourgeons typiques, non visibles en position dorsale, viendront en préciser la nature.

-o-o-o-

R A T E

Le malade en position dorsale, une rate normale n'est pas, en général, spontanément visible et il est admis, en principe, qu' une rate visible est hypertrophique.

Cette appréciation est très souvent en défaut. Une rate normale peut être spontanément visible chez un malade maigre avec épiploon peu volumineux. Par contre, une rate volumineuse passera inaperçue chez un malade obèse à gros épiploon et même chez un malade normal si elle est en position postérieure, cachée par l'estomac ou le lobe hépatique gauche.

Le malade en décubitus latéral droit, le foie et l'estomac glissent et la loge splénique se vide ; non seulement la rate est plus facile à atteindre mais encore elle se couche souvent sur la grosse tubérosité de telle sorte qu'il est possible d'examiner son bord antérieur, son pôle inférieur et une bonne partie de sa face externe.

Si, dans cette position, la rate est encore cachée par l' épiploon, celui-ci étant entraîné par son propre poids, il est facile de la dégager.

En décubitus latéral, la rate est nettement plus près de l'orifice d'entrée du laparoscope ; son examen visuel, sa palpation, sont plus faciles et les causes d'erreur dans l'appréciation de son volume, de sa forme ou de sa consistance sont très réduites.

-o-o-o-

E S T O M A C

L'estomac bénéficie déjà de nombreuses méthodes d'examen dont nous ne citerons que les rayons X et la gastroscopie ; la grande valeur de ces deux moyens d'exploration a longtemps fait croire que la laparoscopie ne pourrait apporter de renseignements nouveaux en gastrologie et elle a été délaissée comme moyen d'investigation de cet organe.

Peu à peu l'endoscopie externe de l'estomac faite accessoirement au cours des examens hépatologiques a apporté des preuves de son utilité. Actuellement, non seulement les chirurgiens demandent une laparoscopie pour éliminer des métastases hépatiques avant une intervention sur l'estomac, mais encore les radiologues, eux-mêmes, ont quelquefois recours à cet examen pour trancher un diagnostic hésitant, entre tumeur gastrique et compression extrinsèque, par exemple.

Il arrive aussi qu'une laparoscopie révèle une lésion gastrique ignorée alors que les signes cliniques n'avaient pas attiré l'attention sur cet organe et que les examens radiologiques ou autres n'avaient pas été faits.

Ceci ne veut pas dire que la laparoscopie peut remplacer l'examen radiologique, ces deux méthodes ne sont pas à mettre en opposition. Il s'agit seulement de constater que dans certains cas où les signes cliniques n'avaient pas attiré l'attention du côté de l'estomac, la laparoscopie a permis d'y localiser une lésion.

La laparoscopie doit donc étendre son domaine à la région

gastrique ; au cours d'un examen fait pour la sphère hépato-biliaire, l'opérateur devra toujours examiner en détail l'estomac.

Il est vrai que l'étude laparoscopique de l'estomac est quelquefois difficile, en particulier chez les obèses où l'épiploon recouvre la totalité de l'organe, mais entre les cas extrêmes, tous les intermédiaires existent et de toute façon, les renseignements recueillis seront d'autant plus nombreux que l'opérateur se sera placé dans les meilleures conditions d'examen.

La position dorsale permet un bon accès sur la région antrale et la face antérieure d'autant plus facilement que l'épiploon sera moins gênant ; pour un examen complet de cette face, il faut glisser le laparoscope vers le hile du foie, soulever l'angle interne du lobe gauche, suivre la petite courbure le plus loin possible en essayant, par palpation, de mettre en évidence des ganglions ou même une tumeur d'origine pancréatique.

Il y a intérêt à incliner le malade de telle sorte que les anses intestinales glissent vers le bassin pour que l'estomac s'abaisse et devienne plus accessible.

La palpation avec la tige porte-lampe est particulièrement importante. En effet, si une tumeur congestive surélevée ou bourgeonnante avec dilatations vasculaires est facile à déceler, par contre il ne faut pas laisser passer une simple induration pariétale ou une masse dure profonde reconnaissable uniquement à la palpation.

L'examen de la grosse tubérosité ou de la région du cardia est facilité par le décubitus latéral droit. Dans cette position, le foie glisse vers la droite et s'écarte de la loge splénique ; la grosse tubérosité devient accessible entre le lobe gauche et la rate. Le lobe gauche vertical est facile à déplacer et non seulement la grosse tubérosité devient explorable, mais aussi le cardia et l'oesophage abdominal. Une hernie diaphragmatique peut être reconnue.

Enfin, si le malade n'offre pas de difficulté particulière : s'il n'est pas obèse, s'il n'a pas un foie cirrhotique, etc... il est souvent possible de glisser l'instrument en arrière de la grosse tubérosité et d'examiner une partie de sa face postérieure. Une porte d'entrée latérale gauche faciliterait beaucoup l'examen de cette face de l'estomac, mais la région antrale deviendrait inaccessible.

Dans certains cas, il y aurait peut-être intérêt à adopter cette position avec cette voie d'abord malgré la gêne qu'elle apporterait à l'examen des autres régions.

-o-o-o-

R E I N S

Les reins sont réputés inexplorables par laparoscopies ; situés dans les gouttières costo-vertébrales, ils sont difficilement accessibles, mais ceci n'est vrai qu'en position dorsale. Des photographies de reins normaux réalisées grâce au décubitus latéral sont publiées avec ce travail.

Précisons tout de suite que s'il est possible de juger des dimensions, de la forme, de la situation et de la consistance du rein, celui-ci reste enveloppé de sa capsule adipeuse qui ne permet pas de le voir directement. Exceptionnellement, chez les malades maigres, le rein, lui-même, est visible au travers du feuillet péritonéal.

En outre, il faut reconnaître que si le rein droit est facile à atteindre, il n'en est pas de même du rein gauche dont l'exploration n'est possible que dans des cas exceptionnels. Alors que le côlon droit est rattaché à la paroi par une surface étroite et souvent, même, par un vrai méso, le côlon gauche est, au contraire, appliqué sur une surface large qui ne lui laisse aucune possibilité de déplacement.

L'angle colique gauche remonte plus haut que le droit et recouvre plus de la moitié du rein ; il possède un ligament phrénocolique important qui le maintient solidement en place et sur lequel vient se poser fréquemment le pôle inférieur de la rate.

En décubitus latéral gauche, le colon droit glisse vers la ligne médiane en dégageant le rein. Sous l'influence de son propre poids, le côlon droit s'affaisse et tire sur le feuillet péritonéal qui, en raison de son élasticité, s'allonge de telle sorte que l'adhérence en surface de l'angle colique devient membraneuse, plus ou moins longue, laissant bien visible le pôle inférieur du rein.

Le rein droit se reconnaît à sa voussure arrondie qu'il ne faut pas confondre avec celle d'un kyste ; il faut le chercher entre le bord externe du lobe hépatique et la paroi latérale ; il présente à sa surface un entrecroisement de deux réseaux vasculaires caractéristiques.

En écartant le lobe droit et en glissant l'instrument entre la face antérieure du rein et le foie, il est possible d'examiner une bonne partie de la face antérieure du rein. Il est bien évident qu'une porte d'entrée latérale droite faciliterait l'examen mais elle serait une gêne pour celui des autres régions.

La palpation permet de reconnaître la consistance normale du rein, la dureté de bois et l'irrégularité des néoplasies, la rénitence des kystes ou des voussures des reins polykystiques dont il sera possible de confirmer le diagnostic par transillumination.

Quant au rein gauche normal, il est pratiquement inaccessible en raison de la fixité du côlon gauche et de son angle splénique ; seule la partie externe du pôle inférieur du rein est, quelquefois, accessible. En pratique, un rein gauche n'est visible que s'il est pathologique.

Toutefois, si certains reins très volumineux peuvent être examinés même en position dorsale, certaines anomalies moins impor-

tantes ne seront découvertes qu'en décubitus latéral. Il faut donc rechercher le rein gauche dans cette position chaque fois que les signes cliniques attireront l'attention sur lui.

Si l'examen était fait uniquement dans le but de rechercher le rein gauche, c'est-à-dire en choisissant une porte d'entrée près de l'angle colique et en plaçant le malade en décubitus latéral droit, il serait peut-être possible d'atteindre le pôle supérieur de ce rein. Il s'agit là de manoeuvres qui paraissent, actuellement, téméraires, peut-être seront-elles normales dans peu de temps ?

-o-o-o-

INTESTINS

Il est presque toujours possible, même en position dorsale, d'examiner quelques anses de l'intestin grèle ; c'est là, d'ailleurs, un des repères pour vérifier si le laparoscope est bien dans la cavité péritonéale. Exceptionnellement, un épiploon volumineux peut gêner l'examen ; en basculant le malade en arrière, les anses situées dans le bassin glissent vers la région ombilicale et deviennent ainsi facilement accessibles.

L'examen du côlon droit nécessite le décubitus latéral gauche ; dans cette position, il est facile de repérer l'adhérence reliant l'angle colique au pôle inférieur du rein ou, plus exactement, au feuillet péritonéal qui le recouvre. En partant de l'angle colique on pourra suivre le colon jusqu'au coecum.

Le côlon gauche est visible en décubitus latéral droit ; largement adhérent à la paroi latérale, il ne glisse pas vers la droite comme les anses grèles. Le ligament phrénocolique gauche est toujours important et bien visible ; il soutient souvent le pôle inférieur de la ratè.

Le sigmoïde, le coecum, le rectum, seront examinés en Trendelenburg, position utilisée par les gynécologues pour l'examen des organes pelviens. Dans cette position, le coecum est visible sur toutes ses faces et l'appendice, inaccessible en position dorsale, devient facile à atteindre.

-o-o-o-

REMARQUE

Il est un organe du bassin dont l'examen par laparoscopie semble bien délaissé : la vessie ; et, pourtant, il s'agit là du premier organe étudié par endoscopie, de celui qui a permis les progrès rapides de cette méthode d'examen.

Si l'endoscopie de la face interne de la vessie est, aujourd'hui, un examen de routine dont les urologues ne sauraient se passer, par contre, ces spécialistes semblent se désintéresser de l'aspect que peut avoir sa face externe. L'examen laparoscopique de la vessie serait, pourtant, particulièrement aisé et donnerait des renseignements utiles différents de ceux obtenus par cystoscopies, aspect de la paroi, adhérences avec les organes voisins, examen par transillumination, etc...

-o-o-o-

CHAPITRE III

ETUDE COMPARATIVE

DES

DIFFERENTES POSITIONS

Si l'examen successif de chacun des organes abdominaux nécessite des modifications de la position du malade, il est juste de remarquer que des examens différents relèvent, souvent, de la même position et, en réalité, elles se résument à trois ou quatre. Il est intéressant de reprendre leur étude en indiquant les avantages et les possibilités de chacune d'elles ; leur connaissance permet à l'opérateur de profiter de la position dans laquelle il a placé son malade pour examiner tous les organes relevant de celle-ci.

D E C U B I T U S D O R S A L

La position dorsale est, naturellement, indiquée pour le début de l'examen ; elle permet une étude générale de la cavité péritonéale dont le résultat précise vers quel organe doivent être orientées les recherches.

Certaines régions ne sont, d'ailleurs, explorables qu'en position dorsale,ou, tout au moins, le sont plus facilement : face supérieure du lobe hépatique, sillon interlombaire, ligament rond, région duodénale et antrale, etc... Une légère inclinaison de la table vers l'arrière fera glisser les anses intestinales hors du bassin et facilitera leur examen ; un mouvement inverse fera descendre un foie atrophique vers l'instrument en le rendant plus accessible et, en outre, il sera plus facile de rabattre un épiploon gênant l'examen du foie.

D E C U B I T U S L A T E R A L G A U C H E

Le décubitus latéral gauche permet l'examen des vésicules inaccessibles en position dorsale, non seulement lorsqu'elles sont latérales, mais aussi à leur place habituelle cachées par l'épiploon ou les anses intestinales.

L'examen de la face antérieure du rein droit, d'une partie de la face inférieure du lobe hépatique droit, devient possible, l'angle colique droit est reconnu grâce à son adhérence au pôle inférieur du rein et le colon droit devient accessible en raison du glissement des anses intestinales vers la gauche.

Un lobe atrophique droit recouvert de liquide d'ascite en position dorsale est visible en décubitus latéral gauche ; non seulement le liquide s'écoule du côté opposé mais aussi, le lobe se déplace vers la paroi antérieure et vers la ligne médiane et, ainsi, se rapproche de l'instrument.

D E C U B I T U S L A T E R A L D R O I T

Des rates non visibles en position dorsale semblent, parfois, tomber sur le laparoscope lorsque le malade est placé en décubitus latéral droit ; leur examen est ainsi possible y compris souvent celui de leur face externe.

L'accès à la face inférieure du lobe gauche est très facilité par le décubitus latéral ; de même l'examen de la région du cardia, de l'oesophage abdominal, de la grosse tubérosité dont une partie de la face postérieure peut même être examinée ; le colon gauche est complètement dégagé par le glissement des anses intestinales.

P O S I T I O N E N T R E N D E L E N B U R G

Position indispensable pour l'examen des organes pelviens, elle est aussi utile pour l'examen de l'intestin, en particulier du coecum, du sigmoïde et du rectum ; l'appendice coecal, difficile à trouver en position dorsale, devient accessible en Trendelenburg.

P O R T E D ' E N T R E E

La possibilité de faire des laparoscopies en décubitus latéral a indiscutablement augmenté le champ d'exploration de cet examen. Mais cette extension a rendu difficile l'atteinte de tous les organes dont l'examen est possible par l'usage d'une seule porte d'entrée. Celle-ci, par exemple, devrait être latérale chaque fois que le malade est placé en décubitus latéral.

Dans un avenir prochain et suivant les problèmes pathologiques qui lui seront posés, l'opérateur devra décider à l'avance de la porte d'entrée et de la position du malade, en faisant son choix dans le but d'examiner une région bien déterminée.

Si le choix de la position et de la porte d'entrée était fait pour étudier une région précise au détriment des autres dont l'examen serait jugé inutile, il serait possible d'atteindre des organes estimés encore inaccessibles.

Tout ce que le chirurgien peut voir au cours d'une laparotomie, l'endoscopie doit en permettre l'examen à la seule condition que la position du malade et la porte d'entrée aient été bien choisies.

-o-o-o-

O B S E R V A T I O N S

Nos documents ont été puisés dans les dossiers des malades examinés par le Docteur FOURES depuis Janvier 1962.

Si nous avions voulu retenir tous les examens au cours desquels un changement de position aurait simplement été utile, il nous aurait fallu les citer tous.

L'examen en décubitus latéral, en particulier, est toujours utile ; en effet, lorsqu'il ne montre pas de lésion pathologique, il n'en est pas moins intéressant de constater l'aspect normal de l'organe examiné.

Les observations publiées ne représentent qu'un choix d'exemples particulièrement typiques apportant une preuve à nos conclusions.

En fin d'ouvrage quelques reproductions de photographies complètent heureusement ces observations.

Tous les examens laparoscopiques dont il est fait état au cours de ce travail ont été pratiqués dans les services de :

Monsieur le Docteur BLATRIX, à l'hôpital de CRETEIL

Monsieur le Docteur CAROLI, à l'hôpital SAINT-ANTOINE

Monsieur le Docteur SALLET, à l'hôpital TENON

Qu'ils trouvent ici l'expression de nos remerciements, pour avoir mis à notre disposition les dossiers médicaux utiles à notre travail.

OBSERVATION N° 1

Monsieur M... âgé de 56 ans, adressé pour ictère infectieux ayant débuté il y a 6 jours. Mais, mauvais état général avec amaigrissement depuis trois ou quatre mois ; la température est à 38,5°.

LAPAROSCOPIE Service du Docteur SALLET, 23.3.1962

Le foie, de volume sensiblement normal, est dur, nodulaire à très petits nodules. De loin, il donne nettelemnt l'impression d'une teinte plus claire que la normale ; de près, on aperçoit un semis de petites taches à reflets verts se détachant sur un fond clair.

En somme, il semble qu'il s'agisse d'un foie déjà cirrhotique avec, surajoutée, une cholestase incomplète pouvant résulter d'un ictère d'origine hépatitique ou d'un ictère mécanique peu prononcé.

La vésicule est difficile à atteindre, elle est déportée vers la droite, cachée par un paquet d'adhérences, séquelles d'appendicectomie ancienne.

Le décubitus latéral permet d'atteindre la vésicule, elle est grosse, à paroi tendue, non dépressible, "en balle de tennis". Son aspect fait penser à un ictère par compression du cholédoque et se trouve en contradiction avec l'aspect du foie.

CONCLUSION

Quoique la teinte du foie ne soit pas très foncée, il semble qu'il faille penser à une compression du cholédoque en raison de l'aspect typique de la vésicule.

REMARQUE

Le diagnostic de compression du cholédoque, impossible sur le seul examen du foie, n'a pu être fait que grâce au décubitus latéral, qui a permis un examen détaillé de cette vésicule caractéristique.

L'intervention chirurgicale confirme le diagnostic : duodéno-pancréatectomie céphalique.

-o-o-o-

OBSERVATION N° 2

Monsieur F... âgé de 61 ans est admis d'urgence pour douleurs violentes de l'hypocondre gauche irradiant en hémi-ceinture vers l'hypocondre droit ; la température est à 39 ; il existe une défense de la paroi dans l'hypocondre droit et le creux épigastrique.

LAPAROSCOPIE Service du Docteur SALLET, 29.3.1962.

Le foie est hypertrophique, dur à la palpation, franchement nodulaire à très petits nodules, de teinte claire tirant sur le rouille.

La vésicule n'est pas spontanément visible. Au cours de sa recherche quelques nodosités dures, épiploïques sont perçues dans la région vésiculaire.

La vésicule est cachée par un paquet d'adhérences épiploïques; en décubitus latéral gauche, elle devient spontanément visible, tout au moins en ce qui concerne sa face externe. Elle est grosse, très dure, bosselée, de teinte claire, congestive sans aucun reflet bleuté, d'aspect fibromateux.

Le rein droit ne présente aucune anomalie.

CONCLUSION

Hémochromatose secondaire à une cirrhose éthylique. Cancer de la vésicule. Absence de métastase hépatique.

REMARQUE

Une biligraphie a montré une vésicule exclue ; dans les suites un syndrome hémoptoïque est apparu, qui a été attribué à des métastases pulmonaires. Il est possible que la néoplasie pulmonaire ait précédé les lésions découvertes en laparoscopie ; dans ce cas, celles-ci, métastasiques, n'étaient peut-être pas vésiculaires mais para-vésiculaires.

Peu importe, le diagnostic de cancer a été fait par laparoscopie et grâce au décubitus latéral qui a permis l'examen de la région vésiculaire.

-o-o-o-

O B S E R V A T I O N N° 3

Madame J... âgée de 82 ans. Il y a trois mois, épisodes douloureux épigastriques suivis 15 jours après d'un ictère à début progressif mais évoluant par poussées.

LAPAROSCOPIE Service du Docteur SALLET, 26.4.1962

Nombreuses adhérences de périhépatite ancienne entre le foie et les organes voisins, en particulier avec le diaphragme.

Le foie est de volume normal, ses bords sont tranchants, il est de teinte foncée avec des reflets gris, peut-être dus à un épaississement capsulaire (le jour de la laparoscopie, l'ictère avait disparu).

En position dorsale, la vésicule cachée par des adhérences, n'est pas accessible.

En décubitus latéral gauche, elle devient spontanément visible ; elle est grosse, bleutée, à paroi peu tendue, avec quelques adhérences épiploïques.

CONCLUSION

Lithiase vésiculaire.

REMARQUE

Seul le décubitus latéral gauche a permis un diagnostic qui a été confirmé radiologiquement. Le mauvais état général de la malade, son âge, un taux d'urée élevé, ont empêché l'intervention.

-o-o-o-

O B S E R V A T I O N N° 4

Madame P... âgée de 74 ans est adressée pour ictère brutal, indolore, apyrétique, avec prurit, dont l'origine est à déterminer.

LAPAROSCOPIE Service du Docteur BLATRIX, 10.10.1962.

Le foie, sensiblement normal par sa forme et sa taille, est très déplacé vers la droite. Sa couleur est foncée, tirant sur le gris, mais non franchement cholestatique.

Le ligament rond est horizontal.

En décubitus dorsal, le sillon interlobaire est presque au contact de la paroi latérale droite, de sorte que, seul l'angle interne du lobe droit est accessible.

En décubitus latéral gauche, le lobe droit bascule en avant et la vésicule apparaît ; elle est petite, arrondie, blanche, de consistance calculeuse ; en outre, adhérences épiploïques importantes avec le fondde la vésicule et avec la paroi abdominale.

CONCLUSION

L'importance des adhérences, le déplacement vers la droite du foie ne semblent pas pouvoir être expliqués par une simple lithisse.

Il s'agit d'un ictère d'origine lithiasique probable, mais avec possibilité de néoplasie secondaire.

REMARQUE

L'examen en position dorsale ne montrait qu'un foie déplacé avec légère cholestase ; seul le décubitus latéral a permis l'accès à la région vésiculaire.

L'intervention confirme le diagnostic de lithiase vésiculaire et découvre, en outre, un cancer étendu de la voie biliaire principale laissant libre le dernier centimètre du cholédoque.

-o-o-o-

O B S E R V A T I O N N° 5

Monsieur L... âgé de 73 ans est admis pour ictère à début insidieux sans douleur, sans troubles digestifs. Fébricule légère.

Antécédents : Ablation du coecum, dysenterie amibienne, paludisme, nephrectomie partielle droite pour kyste.

LAPAROSCOPIE Service du Docteur SALLET, 6.9.1962

Porte d'entrée choisie haute en raison des interventions abdominales antérieures.

Malgré cette précaution, l'examen est très gêné par la présence de nombreuses adhérences abdominales : seule la loge diaphragmatique est libre.

Foie foncé, nettement cholestatique ; vue de près, sa teinte est due à un semis de nombreuses petites taches à reflets verts sur un fond sensiblement normal ; il est légèrement augmenté de volume, à bords arrondis, sa surface est lisse, il n'y a pas de métastase.

La vésicule est grosse, arrondie, bleutée, congestive par endroits, à paroi tendue "en balle de tennis" ; sa position très latérale ne la rendait visible qu'en décubitus latéral gauche.

CONCLUSION

Ictère mécanique par compression cholédocienne ; l'aspect congestif de la vésicule étant en faveur d'un ampullome vatérien.

REMARQUE

Diagnostic établi sur l'aspect de la vésicule qui n'était visible qu'en décubitus latéral.

L'intervention a confirmé l'existence d'un ampullome vatérien avec extension pancréatique.

-o-o-o-

O B S E R V A T I O N N° 6

Monsieur B... âgé de 61 ans, entré pour épisode pulmonaire aigu. Ethylique avec tests hépatiques perturbés, il a présenté, il y a 5 ou 6 ans des "crises hépatiques" ; il est adressé pour prélèvement biopsique sous contrôle laparoscopique.

LAPAROSCOPIE Service du Docteur SALLET, 3.5.1962

Le foie est légèrement augmenté de volume, surtout à droite, mais il a gardé ses bords tranchants.

Il est à surface irrégulière mais à très petits nodules ; il est plus granuleux que nodulaire.

Il existe de très nombreuses adhérences à la face supérieure du lobe droit avec le diaphragme, de telle sorte que la face inférieure de ce lobe est, seule, visible. Il est foncé, de couleur rouille, dur à la palpation.

La vésicule esy spontanément visible, un peu grosse, de teinte claire.

Ponction biopsie sur la partie externe du lobe droit faite en décubitus latéral gauche.

CONCLUSION

Cirrhose éthylique avec possibilité d'hémochromatose.

REMARQUE

Le lobe droit adhérent au diaphragme ne permettait pas, en position dorsale, le contrôle laparoscopique de la ponction ; en décubitus latéral gauche, la partie externe de ce lobe s'est écartée de la paroi et il a été facile de guider l'aiguille à biopsie et de surveiller le point de ponction après le prélèvement.

En principe, il est toujours préférable de demander au malade de se coucher sur le côté gauche pour effectuer, sous contrôle laparoscopique, un prélèvement dans la partie externe du lobe droit.

-o-o-o-

OBSERVATION N° 7

Madame L... âgée de 45 ans, hospitalisée pour douleurs localisées dans l'hypocondre droit avec crises paroxystiques accompagnées de vomissements, ébranlement douloureux du foie, selles liquides et glaireuses, température normale ; numération et formule normales.

LAPAROSCOPIE Service du Docteur BLATRIX, 4.7.1962

Le foie a un aspect uniforme ; sa teinte est claire, la capsule est épaissie surtout au niveau de l'encoche vésiculaire.

Ses bords sont arrondis, il est un peu mou.

Son aspect rappelle celui d'un foie d'hépatite.

En décubitus latéral gauche on découvre des adhérences :
- Entre la partie externe de la face supérieure du lobe droit et le diaphragme ;
- Entre la face inférieure de ce même lobe et la moitié supérieure du rein droit qui, par ailleurs, semble normal ;
- Enfin, avec l'angle colique droit également normal.

Toutes ces adhérences en forme de voile plus ou moins continu, paraissent de nature inflammatoire et relativement récentes.

La vésicule est normale.

CONCLUSION

Foie infecté dans son ensemble avec nette prédominance à la partie externe de la face inférieure du lobe droit, les organes en rapport restant normaux.

REMARQUE

Le décubitus latéral a permis de localiser à droite la prédominance des signes inflammatoires et d'expliquer, ainsi, le siège des douleurs à l'hypocondre droit. Par la suite le diagnostic d'hépatite amibienne est porté ; le traitement spécifique améliore rapidement la malade.

-o-o-o-

O B S E R V A T I O N N° 8

Monsieur R... âgé de 21 ans. Entré pour fièvre. Leucocytose à 16.000. Douleurs lombaires d'abord, puis de la région externe de l'hypocondre droit.

LAPAROSCOPIE Service du Docteur CAROLI, 7.8.1962

Foie sensiblement normal mais de teinte un peu claire avec un lobe droit légèrement augmenté de volume et bord antérieur soulevé. Quelques traînées de capsulite à la face supérieure du lobe droit.

Vésicule petite, bleutée, sans adhérence, aspect normal.

Le décubitus latéral gauche fait découvrir quelques adhérences d'aspect inflammatoire, non organisées, sans doute récentes:

- Entre la face supéro-externe du lobe droit et la paroi latérale ;
- Entre la face inférieure de ce lobe et la loge rénale.

Par palpation, le rein droit facilement accessible, paraît normal.

CONCLUSION

Foie sensiblement normal, de teinte un peu claire avec périhépatite localisée à la partie externe du lobe droit aussi bien à la face supérieure qu'à la face inférieure. Augmentation du volume du lobe droit mais surtout postéro-externe en raison du soulèvement de son bord antérieur.

REMARQUE

Les signes révélés par la laparoscopie grâce au décubitus latéral gauche orientaient le diagnostic vers une infection localisée de la partie externe du lobe droit.

L'intervention chirurgicale a confirmé la présence d'un abcès du foie.

-o-o-o-

O B S E R V A T I O N N° 9

Monsieur C... âgé de 40 ans, entre pour subictère avec mauvais état général et amaigrissement. La rate est palpable, le foie est petit.

LAPAROSCOPIE Service du Docteur SALLET, 18.2.1962

Le foie est très atrophique ; il faut aller le chercher loin sous le diaphragme.

Il est fibreux, très dur, franchement nodulaire à nodules petits et moyens, de teinte claire ; mais, à droite, il tire sur le beige, alors qu'il est plus rose à gauche et recouvert de petits capillaires lui donnant un aspect congestif.

En outre, il faut signaler sur le bord antérieur du lobe gauche un groupe de deux ou trois nodules de couleur presque blanche et très durs à la palpation.

La vésicule est complètement découverte, redressée, normale, mise à part sa teinte claire et congestive.

Le ligament rond est gros, turgescent, avec des dilatations vasculaires de stase portale.

La rate, cachée par l'épiploon, n'est pas visible ; par palpation avec l'instrument elle paraît volumineuse.

Le malade en décubitus latéral droit, la rate devient visible, elle n'est pas volumineuse mais ptosée ; elle est mobile, de teinte un peu claire et de forme presque sphérique.

CONCLUSION

Cirrhose de nature éthylique avec adéno-cancer probable.

REMARQUE

En position dorsale, le pôle inférieur de la rate était palpable avec l'instrument au travers de l'épiploon, laissant supposer une hypertrophie splénique, que l'examen clinique avait d'ailleurs diagnostiqué.

Le décubitus latéral droit permet de constater qu'il s'agit en réalité d'une rate de volume normal mais ptosée.

-o-o-o-

OBSERVATION N° 10

Madame T... âgée de 80 ans. Laparoscopie demandée en raison d'hémorragies digestives antérieures inexpliquées.

LAPAROSCOPIE Service du Docteur SALLET, 19.7.1962

Foie gros dans son ensemble, mais surtout déporté vers la droite.

Aspect uniforme, teinte légèrement claire, tirant sur le marron, et rappelant celle des foies d'hémochomatose.

Surface granuleuse sans être nodulaire.

Vésicule normale bleutée, avec quelques adhérences épiploïques.

Ligament rond normal, pas de dilatations vasculaires.

Rate seulement visible en décubitus latéral droit : volumineuse, dure, crênelée, de teinte foncée, son aspect fait penser à une stase portale.

Le reste de l'abdomen n'a montré aucune anomalie ; non seulement il n'y a pas de métastase hépatique mais, encore, aucune masse n'est perceptible même avec une palpation minutieuse dans différentes positions.

CONCLUSION

Grosse rate de stase portale sans autre anomalie visible.

REMARQUE

Le diagnostic de stase portale a pu être fait grâce au décubitus latéral qui a permis l'examen de la rate.

-o-o-o-

OBSERVATION N° 11

Monsieur F... âgé de 50 ans. Entre pour douleurs épigastriques et altération de l'état général avec asthénie importante ; il s'agit d'un éthylique, ancien paludéen.

LAPAROSCOPIE

Foie normal par son volume, sa forme et sa teinte ; cette dernière est simplement un peu claire et tirant légèrement sur le gris.

Sa surface est lisse sans anomalie.

Vésicule petite, bleutée, normale.

Rate visible seulement en décubitus latéral droit ; elle est nettement augmentée de volume, avec capsule épaissie lui donnant un aspect tigré et grisâtre, en situation surtout postérieure.

CONCLUSION

Pas de cirrhose, mais grosse rate, probablement d'origine paludéenne en raison des antécédents du malade.

REMARQUE

La laparoscopie a donc permis non seulement un diagnostic mais, surtout, elle a fait établir un pronostic plus favorable que celui prévu sur le seul examen clinique, et ceci grâce au décubitus latéral droit qui a rendu possible l'examen de la rate.

-o-o-o-

OBSERVATION N° 12

Madame K... âgée de 63 ans, a été adressée pour masse de l'hypocondre gauche dont l'origine est à définir.
La température est à 40° ; la rate est grosse.
La radiographie d'estomac montre une image extragastrique en partie calcifiée qui fait songer à un kyste hydatique.

LAPAROSCOPIE Service du Docteur SALLET, 1.3.1962

Le foie, de teinte claire, est augmenté de volume en particulier son lobe droit qui, en outre, est refoulé vers la droite et abaissé.

La vésicule, petite, est normale, l'estomac aussi.

Même en adoptant différentes positions, la masse tumorale, située au contact de la grande courbure de l'estomac, n'a pu être dégagée de l'épiploon auquel elle adhère fortement. La palpation révèle que cette masse est arrondie, dure, polycyclique.

En décubitus dorsal, il apparaît que cette masse est bien distincte de l'estomac ; en décubitus latéral droit, la voussure du pôle inférieur du rein gauche apparaît ; ce rein est nettement séparé de la tumeur qui, dans cette position, a basculé en avant.

La rate, dans cette position également, apparaît énorme, globuleuse, lisse, de teinte claire. Son pôle inférieur est caché par la tumeur qui semble adhérente à ce niveau avec la rate ; mais la consistance bien différente de la rate et de la tumeur laisse penser que cette dernière n'a pas une origine splénique.

CONCLUSION

Grosse masse tumorale sous-gastrique, dont les origines :

gastrique, splénique, rénale ou hédatique peuvent être écartées.

Une localisation mésentérique paraît certaine si l'on tient compte de la mobilité de la tumeur au cours des changements de position, mais la nature de la masse ne peut être précisée.

REMARQUE

A l'intervention chirurgicale, on découvre une tumeur développée dans le mésocolon et dont l'examen histologique révèle la nature bénigne : "kyste post-traumatique adhérant à la queue du pancréas" ; cette tumeur englobe le pédicule splénique et son extirpation a nécessité une splénectomie complémentaire.

Si les changements de position du malade au cours de l'examen n'ont pas permis de reconnaître la nature de la tumeur, du moins, ils ont permis de préciser ses rapports avec les organes voisins et de juger, non seulement de son siège, mais aussi de sa mobilité.

-o-o-o-

O B S E R V A T I O N N° 13

Monsieur T... âgé de 60 ans. Paludisme en 1920. Hépatomégalie découverte en 1935 à la suite d'un épisode fébrile aigu. Splénomégalie signalée pour la première fois en 1949. Manifestation rénale discrète depuis 1958 : urée 0,60 à 0,70, albuminerie très modérée, sans augmentation de la tension artérielle, sans oedème.

Actuellement : foie ferme, lisse, insensible, débordant de trois travers de doigt le rebord costal. Une biopsie rénale révèle une micropolykystiose.

A la suite du résultat de cette biopsie, une laparoscopie est demandée pour recherche d'une maladie polykystique.

LAPAROSCOPIE Service du Docteur CAROLI, 13.4.1962.

Foie sensiblement normal (volume, couleur, consistance) peut-être un peu clair avec, par endroits, des zones d'épaississement capsulaire, mais rien qui puisse faire penser à des formations kystiques.

Si le foie est normal, par contre il est fortement déporté vers la droite. Le sillon interlobaire est contre la paroi latérale, le ligament rond, tendu transversalement, cache un lobe gauche dont le bord externe ne dépasse guère la ligne médiane.

La rate est volumineuse, crênelée, avec épaississement capsulaire lui donnant une teinte à reflets grisâtres, mais son augmentation de volume, quoique notable, ne semble pas suffisant pour expliquer le déplacement du foie vers la droite ; la distance entre le bord externe du lobe et de la rate est, en effet, plus grand que normalement.

Entre le lobe gauche et la rate apparaît une volumineuse poche à air gastrique en partie découverte d'épiploon et dont la palpation ne révèle aucune anomalie.

En décubitus latéral gauche, la vésicule est bien visible ; elle pend sous le foie, flasque, vide, grisâtre, sans être scléro-strophique et sans adhérence avec les organes voisins ; elle a l'aspect d'une figue sèche mais de consistance molle.

Le lobe droit se laisse facilement écarter et le rein droit est bien visible. Il présente : sur son bord externe, une ecchymose

importante, séquelle d'une ponction biopsie récente ; sur sa face antérieure, assez haut, existent plusieurs voussures arrondies dont l'une est nettement translucide et de nature kystique.

CONCLUSION

Foie normal mais fortement déplacé vers la droite. Rate volumineuse crênelée. Rein droit polykystique.

REMARQUE

Si le diagnostic de splénomégalie était déjà connu, la laparoscopie a permis d'élimininer l'hépatomégalie et a montré l'existence de kystes au niveau du rein droit.

Dans ce cas particulier, le rein droit, en décubitus latéral gauche était facilement accessible et il a pu être examiné sur toute sa face antérieure.

-o-o-o-

O B S E R V A T I O N N° 14

Madame J... âgée de 61 ans, suivie depuis longtemps pour un rétrécissement aortique calcifié est adressée pour tumeur abdominale à préciser par laparoscopie.

LAPAROSCOPIE Service du Docteur SALLET, 25.10.1962.

Foie légèrement foncé, un peu mou : foie cardiaque.

Vésicule petite, sclérosée, visible seulement en soulevant le bord antérieur du lobe droit.

En position dorsale, aucune tumeur n'est visible ; la rate n'est pas accessible.

En décubitus latéral droit, l'aspect change complètement. Le foie se colle contre la paroi antérieure et le lobe gauche devient visible par sa face inférieure, y compris l'aileron gauche. L'estomac, les anses intestinales glissent et on aperçoit une grosse masse arrondie qui émerge au-dessus des anses intestinales.

Vers la région sous-diaphragmatique existent deux adhérences entre l'épiploon et la paroi dont l'une, la plus externe, semble être le ligament phréno-colique gauche. La masse arrondie est située plus bas que ce liganent, recouverte, en avant, d'épiploon adhérent. Elle est, vers le bas, adhérente au colon. Sa consistance est dure sans être d'une dureté de bois. Par endroits, entre deux paquets graisseux d'épiploon, elle prend un aspect membraneux avec quadrillage vasculaire faisant penser à une origine rénale. Même en décubitus latéral droit, la rate n'est pas visible.

CONCLUSION

Tumeur d'origine rénale sans doute de nature kystique.

REMARQUE

Le diagnostic de kyste liquidien a été confirmé par un rétropneumopéritoine mais, vu l'état général et la cardiopathie, l'intervention n'a pas été décidée.

Le décubitus latéral a permis, non seulement d'atteindre la tumeur cliniquement déjà perçue mais, surtout, d'en faire une étude détaillée permettant d'en préciser la nature.

-o-o-o-

C O N C L U S I O N

La laparoscopie, examen connu depuis longtemps mais appliqué de façon systématique seulement depuis peu, voit ses indications et son champ d'exploration augmenter constamment.

Parmi les moyens utilisés pour reculer les limites de l'endoscopie péritonéale, les changements de position du malade en cours d'examen sont un des plus efficaces.

Jusqu'à ces derniers temps, les seules modifications de position étaient celles permises par les tables d'examen ; or, si celles-ci sont suffisantes dans le sens longitudinal, elles sont, par contre, très réduites dans le sens latéral, et, de ce fait, de peu d'intérêt.

Grâce à l'utilisation d'une instrumentation simplifiée et de l'anesthésie locale, il est actuellement possible de demander au malade de changer, lui-même, sa position en laissant la table fixe ; il peut ainsi se placer complètement sur l'un ou l'autre côté.

La laparoscopie en décubitus latéral droit ou gauche, positions impossibles à obtenir par manoeuvre des tables d'examen, devient possible ; elle permet l'examen de régions autrefois inaccessibles telles que : la région sous-diaphragmatique gauche avec l'oesophage abdominal et le cardia, la loge splénique et la face externe de la rate, le rein droit, la face inférieure des lobes hépatiques, le coecum et l'appendice coecal, etc.

Malgré ces progrès, l'endoscopie de la cavité péritonéale n'a pas atteint les limites de ses possibilités. En limitant l'examen à une région précise et en adoptant la position et la porte d'entrée la plus propice, il serait possible d'atteindre des organes encore inexplorés.

-o-o-o-

Vu
Le Président
BROUET

Vu
Le Doyen
BINET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur
de l'Académie de PARIS,
ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

ALEXIS J. : La Coelioscopie en gynécologie. Th.Méd.Soubiron Toulouse 1962

ANDERSON E.T. : Peritoneoscopy. Ann.Surg. 35,136, 1937

ANTIA F.B. : Peritoneoscopy.J. Intern. Coll. Surg. 17,679, 1952

BANCHE M.; MURATORI F. : Studi Laparoscopici.Arch.It.Mal.App.Dig. 18,275,1952

BENEDICT E.B. : Peritoneoscopy. New England J. Med. 218,713, 1938
Value of peritoneoscopy in gastroenterologie. Ann.Med.J.Dig. 6,512,1939
Endoscopy.Peritoneoscopy. New England J.Med. 248,508, 1953

BERNHEIM B.M. : Organoscopy; cystoscopie of the abdominal cavity.
Ann.Surg. 53,164, 1911

BERTOLANI F. : Laparoscopia e laparografia nella pratica medica.
Min.Med. Torino 1958

BON SELICE E.: Valeur diagnostique de la laparoscopie en pathologie digestive
Thèse Lyon 1957

BORIES-AZEAU A., COLIN R., LEENHARDT P., POURQUIER H. : Le contrôle laparoscopique des néoplasies pelviennes. Montpellier Chir. 14,143, 1957

BRETTE K., SAINT CYR M., GALLENE M. : Les métastases précoces du cancer de l'oesophage. Arch.Mal.App.Dig. 49,1337, 1960

CALAME A. : Laparoscopie, cholangiographie et photographie laparoscopiques.
Gastroenterologia 82,88 1954

La photographie laparoscopique. Pres.Méd. 85,1848, 1953
Le attuali possibilita della laparoscopia. Symp.Ciba. 4,44, 1956

CAMPANACCI D. : Importanza della laparoscopia nella diagnosi degli itteri.
Epatologia 3,303, 1957

L'importanza della laparoscopia nella diagnostica differenziale delle epatopatie. Min.Med. 49,1688, 1958

CAROLI J. : La valeur diagnostique de la laparoscopie dans les affections hépato-biliaires. Acta Gastroenterol.Belg.16,659,1953
La laparoscopie simple et combinée, son importánce dans le diagnostic des maladies hépato-biliaires. Sem.Hôp.Paris, 30,1671,1954
La laparophotographie en couleurs par l'Endographe du Docteur FOURES
Rev.Méd.Chir.Mal.Foie, 31,15,1955
La laparoscopie dans les ictères par rétention. Rev.Int.Hép. 3,7, 1955
Les ictères par rétention. Edit.Masson Paris, 1956

CAROLI J., FOURES A. : La Laparophotographie. Sem.Hôp.Paris, 33,2389,1957
Valeur diagnostique de la laparophotographie. J.Inter.Coll.Surg.32,431,1959

CAROLI J., FOURES A., RICORDEAU P.: La laparoscopie dans le diagnostic des affections hépato-biliaires. Le Concours Médical, 1,27, 1952
La laparoscopie simple et combinée, son importance dans le diagnostic des maladies hépato-biliaires. Sem.Hôp.Paris, 27,1671, 1954

CRISMER R., DREZE C.: Expérience personnelle de la laparoscopie. Acta gastroenterologia Belg.11,873,1960

CRISMER R., LAMBERMONT J., DREZE C.: Indications et risques de la laparoscopie. Rev.Méd.Liège 12,95, 1957

DEBRAY C., PAOLAGGI J., SEGAL S.: La laparoscopie en pratique gastroentérologique Press.Méd. 68,1053, 1960

DEBRAY C., PERGOLA F.: La laparoscopie dans les affections du tube digestif et de ses annexes. Entretiens de Bichat, Paris 1949

DELACOTTE J. : La coelioscopie gynécologique. Thèse Nancy 1951

ESPAGNO G. : Trois ans de pratique de coelioscopie ; 160 observations. Bull.Fed.Soc.Gyn.& Obst. Tome 12/5 1960
La photographie en coelioscopie. -item- Tome 13/4bis1961

ETIENNE D. : La laparoscopie dans les affections hépato-biliaires. Rev.Méd.Prat. 5,969, 1959

FENZY A. : Valeur diagnostique et pronostique de la laparoscopie au cours des cancers de l'app. digestif et du péritoine. Thèse Paris 1962

FERVERS C. : Die Laparoskopie mi dem Cystoskop. Mod.Klin. 2,1042, 1933

FOURES A., HAFFAR M.: L'endoscopie péritonéale. Medicina Univers. 1, 1962

FOURES A., RICORDEAU P., CAROLI J.: Sur la laparoscopie en pathologie hépatique. Arch.Mal.App.Dig. 40,1342, 1951
La Laparophotographie. Sem.Méd.suppl.Sem.Hôp.46/47, 1956
Technique de la laparoscopie. Press.Méd. 44,929, 1954

FOURESTIER M. : La péritonéoscopie. Press.Méd. 51,6 1943

GALLIER Michel C.A.: L'étape laparoscopique dans les maladies du foie, des voies biliaires et du péritoine. Thèse Paris 1959

GIGGLBERGER H.: Laparoskopie; Methode und Grenzen. Res.Med. 4,340, 1958
Komplikationnen bei der Laparoskopie Gastroenterol. 91,375, 1959

GIRARD M., COULOT M.: Premiers résultats d'examens laparoscopiques en pathologie hépato-vésiculaire. Arch.Mal.App.Dig. 44,1319, 1955

Premiers résultats d'examens laparoscopiques en pathologie hépato-biliaire. Journ.Méd. 35, 1956

GIRARD M., COULOT M.: Intérêt de la laparoscopie dans les syndromes ascitiques de diagnostic difficile. Sem.Hôp. 34,2109, 1958
Valeur diagnostique de la laparoscopie en pathologie digestive. J.Méd. 39,49 Lyon 1958

Valeur diagnostique de la laparoscopie dans les cancers du hile du foie. Arch.Mal.App.Dig. 49,1358, 1960

GIRARD M., COULOT M., Mme PINET, ALEX R.: Intérêt de la laparoscopie dans le diagnostic de la péritonite tuberculeuse. Arch.Mal.App.Dig.73,889,1957

GIVOGRE A.: La possibilita di ripresa fotografia endeperitoneale con il laparoscopio. Min.Med. 46,257, 1956

GUGGISBERG W.: Compte-rendu sur 170 laparoscopies. Gynecol. 142,290, 1956

GUIO C.H.: L'exploration laparoscopique. Sa valeur en tant que méthode complémentaire pour le diagnostic clinique. Rev.Clin.Esp. 74,96, 1959

HACHETTE J.C.: Laparoscopie, laparophotographie; technique, applications. Thèse Paris 1959

HANDLEY R.S., NURICK A.W.: Peritoneoscopy, an evaluation with report of 136 cases. Brit.Med. 2,1211, 1956

HEGSTROM G.I., ZOECKLER S.J., KEIL P.G.: Peritoneoscopy. Gastroenterology 25,243, 1953

HENNING N. Ein neues Laparoskop. Dtsch.Z.verd.Stoffw. 10,49, 1950

INFRANZI A., ESPOSITO G., DI GAETA S.: Semeiotica strumentale delle vie biliari. Mis.Med. Torino 1959

INFRANZI A., PORTOLANO F.: Alcune considerazioni sulla tecnica e sulle possibilita diagnostiche della laparoscopia. Ras.Int.Clin. 39,97, 1959

INFRANZI A., TRAPANI A.: Considerazioni su tecnica, indicazioni e risultati della laparoscopia. Soc.Napol.di Chirurg. 13/4 1959

JACOBAEUS H.C.: Sur la laparoscopie et la thoracoscopie. J.Méd.Franc. 7,290, 1913

KAISER E.: Sur la place de la laparoscopie dans le diagnostic clinique. Praxis 48,442, 1959

KALK H.: Erfabrungen mit der laparoskopie. Z.Klin.Med. 111,303, 1929

Ueber Laparoskopie. Med.Klin. 28,995, 1942
Indikationsstellung und gefarhenmoment bei der Laparoskopie. Dtsch.Med.Wschr. 61,1831, 1935
Fortschritte der Laparoskopie. -item- 68,677, 1942

KALK H., BRUHL W.: Leitfden der Laparoskopie und Gastroskopie. Edit.Thieme Stuttgart 1951

KELLING G.: Zur Köelioskopie und Gastroskopie. Münch.Med.Wschr.70,1054, 1923

KRAMER A.: Das Gallenblasenkarsinom. Münch.Med.Wschr. 43,1082, 1960

LEE W.Y. : Evaluation of peritoneoscopy. J.Inter.Coll.Surg. 4,511, 1941
Eval.of periton.in intraabdominal diagnosis. Rev.Gast. 9,133, 1942

LE CLUYSE R., JACOBS E.: Les possibilités de la laparoscopie.
Acta Gastroent. Belg.23,399, 1960

LENZI G., CAVASSINI G.B., LENZI E.: La laparoscopia.
Edit. Capelli, Bologne 1959
Edit. Masson, Paris 1960

LEPERRE F.: La laparoscopie Acta Chirurg.Belg. 55,777, 1956

LUBKEN W.: Uber Indikation und Gefarhen der Laparoskopie. Act.Hepat.4,177,1956

MENGHINI G.: Un effetivo progresso nella tecnica della puntura-biopsia del fegato. Conf.Intern.Hepatol. Perugia 1957

MOCCHI N., STORTI R., AGNELLI F.: Importanzia della laparoscopia e della palpazione laparoscopica nella diagnostica delle affezioni endo-addominali. Med.Intern. 64,81, 1956

MORIN J.: Intérêts de la laparoscopie en pathologie abdominale.
Arch.Mal.App.Dig. 47,389, 1958

MURATORI F., BANCHE M.: Laparoscopia; concetti ed applicazioni moderne; Studio introduttivo. Min.Med. 42,719, 1951

NISSEN N. : Laparoskopie. Schweiz.Med.Wschr. 84,293, 1954

NOLLI B.: La Laparoscopia nella pratica médica. Edit.PEM, Milano 1945

OVENS J.: Peritoneoscope. Brit.Med.J. 1,257, 1944

PALMER R. : Coelioscopie. Brux.Med. 29,305, 1949
La coelioscopie gynécologique, ses possibilités et ses indications actuelles. Sem.Hôp.Paris, 30,4441, 1954
La coelioscopie gynécologique. Enc.Mod.Ch.T.Gyn.76,C/10, 1956

PARAF A.: La valeur diagnostique de la laparoscopie dans les affections hépato-biliaires. Acta Gastroenterol.Belg.16,659,1953

PERGOLA F.: La laparoscopie en pathologie hépato-biliaire.
Enc.Méd.Chirurg.Foie A/10,7008,1959

PERGOLA F., DEBRAY CH., CACHIN M.: La cinématographie laparoscopique.
Arch.Mal.App.Diges. 44,644, 1955

PERGOLA F., LIGNEREUX J., CACHIN M.: Les aspects laparoscopiques du cancer primitif du foie. Sem.Hôp.Paris. 37,2433, 1961

PINOS T., SERES PAMPOLS: Diagnostice por el metodio combinado de laparoscopia y puncion hepatica. Rev.Esp.App.Digest. 15,216, 1956

RENON L.: 17° Cong.Méd.Intern.Londres 1913; in Press.Méd. 69,70, 1913
Technique et indications de la laparoscopie. Présentation et instruments. Bull.& Mém.Soc.Méd.Hôp.Paris,35/3; 510, 1913

ROCAVILLA A.: Laparoscopia e pneumoradiologia addominale.
Radiol.Méd. 7,411,1920

ROYER M.: Valeur de la laparoscopie (600 observ.)Sem.Hôp.Paris 28,2343, 1952

ROYER M., MAZUER P., KOHAN : Laparoscopia e peritoneoscopia.
Prensa.Med. 32,6, 1945

RUDDOCK J.C.: Peritoneoscopy. Surg.Gyn.Obstretr. 65,623, 1937
- id - South Surgeon 8,113, 1939
The application and evaluation of peritoneoscopy. Cal.Med.71,110, 1949
Peritoneoscopy : a critical clin. review. Surg.Clin.N.Am. 37,1249, 1957

SARLES H.: La laparoscopie dans le diagnostic et l'étude topographique de l'hypertension portale. Etude laparoscop. de l'oesophage abdominal.
Rev.Méd.Chir.Mal.Foie 31,5, 1956

SCHILLING V.: Laparoskopie mit komplikationen. Medizin 8,294, 1957

SCHMIDT K.E.A.: Laparoskopische Tafeln. Dtsch.Hoffm.la Roche, Baden 1952

SEGAL S.: Endoscopie et Iconographie. Exceptea Med. 1960

SEGAL S., PETTE F., FENZY A.: L'endoscopie en gastro-entérologie.
Sem.Hôp.Paris 36,1168, 1960

STEINBERG V.: Komplikationen bei der Laparoskopie.
Z.Ges.in Med.11,557,1956-12,201,1957

STEINER O.P.: Abdominoscopy. Surg.Gyn.Obst. 38,266, 1924

STORTI R., MOCCHI N.: La Laparoscopia nella diagnostica delle malatie epatobiliari e delle neoplasie endoaddominali. Min.Med. 48,1587, 1957
Laparoscopia nelle affezioni peritoneali. Med.Intern. 67,253, 1959

STOSSEL H.V.: Hentige Möglichkeiten in der Laparoskopischen Unter Suchungstechnig Gleichzeitige Photolaparoskopie und Biopsie.
Schw.Med. 89,1311, 1959

THIEME E.T.: A critical survey of peritoneoscopy. Surgery 5,191, 1939

THOYER-ROZAT: La coelioscopie, technique et indications. Masson 1961

VARAY A.: Nouvelles techniques d'explorations biliaires. Laparoscopie et cholécystographie directes. Press.Méd. 9,125, 1949

WEILL J.P.: Les indications de la laparoscopie. Strass.Méd. 118,522, 1958

WENDEBOTH H.: Nil Nocere ! Mediastinalemphysem bei Laparoskopie.
Dtsch.Med.Wschr. 96,1369, 1954
Luftembolie bei Laparoskopie/ Münch.Med.Wschr. 81, 947, 1956

WERSHUB L.P.: Peritoneoscopy as aid in diagnosis for carcinoma gallblader
Bull.N.Y.Med.Coll. 6,107, 1943

WILDHIRT E.: Mediastinalemphysem bei Laparoskopie und zur Luftembolie bei Laparoskopie. Münch.Med.Wschr. 98,58, 1956

ZOECKLER S.J.: Peritoneoscopy. A Revaluation. Gastroenterolog.34,969, 1958

ZOECKLER S.J., KEIL P.G., HEGSTROM G.I.: Peritoneoscopy in malignant lesions of the abdomen J. A. M. A. 152,1617, 1953

INTRODUCTION Page 1

CHAPITRE I : Intérêt des changements de position et quelques points particuliers de technique. 3

Intérêt des changements de position 4

Matériel 7

Anesthésie, mise en place du laparoscope 10

CHAPITRE II : Position la plus favorable pour l'étude de chacun des organes abdominaux. 12

Foie 13

Vésicule 16

Rate 18

Estomac 19

Reins 22

Intestins 25

Remarque 26

CHAPITRE III : Etude comparative des différentes positions. 27

OBSERVATIONS Pages 31 à 51

CONCLUSION 52

BIBLIOGRAPHIE 54

1. FACE INFERIEURE DU LOBE GAUCHE, AVEC AILERON GAUCHE DU LIGAMENT. Le décubitus latéral droit place le lobe gauche en position verticale. Il est alors possible de l'écarter de l'estomac et d'examiner sa face inférieure ainsi que la région du cardia.

2. RATE VOLUMINEUSE?CHEZ UN PALUDEEN. Cachée par l'épiploon, elle n'était pas visible en position dorsale. Le décubitus latéral droit a permis de la dégager ; en outre, elle s'est écartée de la paroi latérale et s'est couchée sur la grosse tubérosité de l'estomac. Dans cette position, avec une optique à vision en bout, l'examen de la face externe de la rate devient possible.

3. REIN DROIT NORMAL. En décubitus latéral gauche, le lobe droit glisse en avant et prend une position verticale, le bord externe du rein droit devient spontanément visible et il est possible, en écartant le foie, d'examiner toute sa face antérieure. La voussure du rein est facilement reconnaissable à l'entrecroisement de ses deux réseaux vasculaires et à l'adhérence de l'angle colique droit qui, dans cette position, s'étire sous le poids du côlon. Si l'examen du rein n'est possible qu'au travers du feuillet péritonéal, par contre, sa forme, ses dimensions, et sa consistance sont faciles à apprécier par palpation.

4. REIN DROIT POLYKYSTIQUE. Ce rein présentait un hématome important suite d'une ponction biopsie faite dans les jours précédents qui avait révélé une micro-polykystose. En écartant le lobe droit, bien visible sur la photographie, l'examen de la face antérieure du rein a été possible et a révélé la présence de plusieurs voussures dont l'une, nettement translucide, était de nature kystique.

5. CANCER DE L'ESTOMAC. Grâce au décubitus latéral, la grosse tubérosité est bien visible, augmentée de volume, rouge, congestive, dure à la palpation. Il s'agit d'un cancer à développement intra-gastrique.

6. CANCER DE L'ESTOMAC. Grosse tumeur bourgeonnante de la petite courbure. En décubitus latéral, le lobe gauche découvre entièrement la tumeur. Le bord entéro-externe du lobe est à peine visible en haut et à gauche de la photographie ; au centre, grosse dilatation vasculaire.

NOTA : Examiner ces diapositives en prenant comme fond une surface blanche bien éclairée.